

ESTUDIO DE LOS ABORTOS HOSPITALIZADOS POR COMPLICACIONES POSTABORTIVAS EN HOSPITALES PÚBLICOS DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Susana Checa, Cristina Erbaro, Martha Rosenberg, Elsa Schwartzman¹

1. Introducción

El trabajo que presentamos en estas Jornadas se apoya en una investigación en curso, cuyo objetivo central es analizar las características y calidad de la atención brindada a las mujeres que acuden a hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires por complicaciones debidas a secuelas de abortos realizados en precarias condiciones y en la clandestinidad, afectando, de esta manera, seriamente su salud física u psicológica.²

La problemática del aborto se vincula estrechamente al derecho a la salud, a los derechos sexuales y reproductivos, y es un tema de naturaleza compleja que da lugar a fuertes controversias en la medida que apela a aspectos profundamente silenciados como son los de la inequidad de género, el poder patriarcal, el poder médico, el ejercicio de la sexualidad independientemente de sus consecuencias procreativas, la maternidad sin riesgos o el derecho al aborto.

La investigación, que se encuentra en su fase final, se propuso realizar un análisis y seguimiento de casos por complicaciones post-abortivas que requieren internación en hospitales de la Ciudad de Buenos Aires. La importancia de este estudio radica en la necesidad de hacer visible esta problemática estrechamente vinculada a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y a su impacto sobre la salud pública, a fin de promover una adecuada atención de estos episodios, frecuentes en la vida reproductiva de las mujeres, ya que implican riesgos de salud tanto físicos como psíquicos.

Esta propuesta pretende impulsar el cumplimiento por parte de las actuales autoridades de los compromisos internacionales adquiridos a partir de la firma de las Plataformas de Acción de El Cairo y Beijing, con el fin de reducir considerablemente el número de muertes y la morbilidad causada por abortos inseguros³, y de proveer atención humanizada a las mujeres que consultan y/o se internan por complicaciones post-aborto, quienes pertenecen mayoritariamente a los sectores sociales más carenciados.

La Plataforma de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo realizada en El Cairo en 1994 es clara al respecto cuándo en el párrafo 8.25 señala:

¹ Forman parte del equipo de investigación y colaboraron con esta presentación María Alicia Gutierrez, Nina Zamberlín y Andrea Mariño

² La investigación bajo la dirección de Susana Checa se realiza en el marco de la Secretaría de Ciencia y Técnica de la Universidad de Buenos Aires y de un seminario de investigación de la Carrera de Sociología dictado conjuntamente con el equipo de investigación en la Carrera de Sociología de la Facultad de C. Sociales de la Universidad de Buenos Aires. En la investigación participa el Foro por los Derechos Reproductivos cuya presidenta Martha Rosenberg es codirectora de la investigación. Asimismo cuenta con el apoyo de la Adjuntía en Derechos Humanos de la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires.

³ Según definición de la OMS(1992) el aborto es un procedimiento para interrumpir un embarazo indeseado, ya sea que lo realice una persona que no tiene las necesarias habilidades o en un ambiente que carece de los mínimos estándares médicos, o ambas cosas

“ En los casos en que el aborto no es contrario a la ley, los abortos deben realizarse en condiciones adecuadas. En todos los casos, las mujeres deberían tener acceso a servicios de calidad para tratar las complicaciones derivadas de abortos. Se deberían ofrecer con prontitud servicios de planificación de la familia, educación y asesoramiento post-aborto que ayuden también a evitar la repetición de los abortos”.

Por su parte, la Plataforma de Acción de la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer, el Desarrollo y la Paz, (Beijing, 1995)⁴ agrega, entre otras, la recomendación de reducir el recurso al aborto mediante la prestación de más amplios y mejores servicios de planificación de la familia y la de revisar las leyes que prevén medidas punitivas contra las mujeres que han tenido abortos ilegales.

El reconocimiento y promoción de los derechos humanos que, particularmente en la última década ha tenido un crecimiento sostenido, no ha logrado igual éxito en el campo de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Aún se está muy lejos de que la sexualidad de las mujeres y su papel en la reproducción sean considerados como un campo de ejercicio de derechos sociales, que se agudiza por las condiciones que imponen los modelos económicos y sociales, cuyas consecuencias son la fragmentación de la sociedad produciendo accesos desiguales e inequitativos a la salud y a las posibilidades del ejercicio de la autodeterminación sexual y reproductiva de las mujeres

2. El contexto nacional argentino

En la Argentina, como en la mayoría de los países de la región, el aborto ilegal es una de las mayores causales de mortalidad y morbilidad por causas obstétricas de las mujeres en edad fértil. A pesar de que existen situaciones de no punibilidad,⁵ las mismas, en la mayoría de los casos, entran en circuitos judiciales, médicos y burocráticos que impiden que estas excepciones se cumplan autorizando la interrupción del embarazo.

La penalización del aborto, que impide el acceso de las mujeres a abortos seguros, particularmente a las más pobres y desprotegidas del espectro social, que son por ello mismo las más desinformadas, está en la base de la elevada incidencia de complicaciones postabortivas constituyendo así, un problema sanitario de primera magnitud, ya que la mortalidad materna se vincula estrechamente con la prevalencia del aborto realizado en condiciones que ponen en peligro la vida y/o salud de la mujer.

La organización del sistema público de salud en la Argentina, altamente heterogéneo, no contribuye para disminuir las tasas de aborto y/o su repitencia. El primer nivel de atención, sustantivo por su carácter preventivo y anticipatorio en salud reproductiva, no realiza una adecuada captación en atención integral y preventiva en anticoncepción. Debido a ello un importante porcentaje de embarazos no planificados terminan en abortos realizados en la clandestinidad y en precarias condiciones de salubridad por lo

⁴ en el punto 107 inc.k,

⁵ El Código Penal Argentino en el artículo 86 indica las excepciones de penalización del aborto en 2 situaciones: "1. Si se ha hecho con el fin de evitar un peligro para la vida o la salud de la madre y si este peligro puede ser evitado por otros medios y 2. Si el embarazo proviene de una violación o de un atentado al pudor cometido sobre una mujer idiota o demente. En este caso, el consentimiento de su representante legal deberá ser requerido para el aborto."

cual las mujeres que han acudido al aborto deben ser hospitalizadas para evitar mayores riesgos o incluso la muerte.

En el país se realizan aproximadamente 500.000 abortos por año, con una población de 37 millones y aproximadamente 700.000 nacimientos anuales. La tasa de mortalidad materna es un indicador relevante de la falta de capacidad de las políticas sanitarias para prevenir que estas muertes ocurran, ya que la gran mayoría de las mismas son evitables.

El último registro relativo a la mortalidad materna indica que la misma aún mantiene una tasa relativamente elevada para el país: 43 por 100.000 nacidos vivos (2001)⁶.

Los rasgos más sobresalientes de la M.M son los siguientes:

✍ un importante *subregistro*, que distintos especialistas sitúan entre el 38, 5% y el 100%. La situación de ilegalidad y clandestinidad del aborto incide sobre los registros de hospitalizaciones por esta causa, ocasionando serios subregistros, particularmente cuando el egreso es por muerte. Distintos estudios (Vinacur, 1980, Azar y otros, 1987; Amenábar 1987; Szmoizs, 1990) ⁷ han investigado el subregistro de la mortalidad materna en el país, estableciendo que el subregistro se sitúa en el orden del 40 al 100% en relación a las estadísticas oficiales. Asimismo ese subregistro se debe casi exclusivamente a los abortos inducidos que son certificados como shock séptico, anemia aguda, etc, pero no informan sobre el estado grávido-puerperal de esas mujeres. En uno de los trabajos mencionados se señala" el aborto, la infección y la hemorragia continúan siendo las principales causas de muerte materna, situación que persiste desde hace décadas. Considerando las tasas que refieren los países desarrollados para cada causa de muerte, puede estimarse que (en Argentina) hay 20 veces más muertes por aborto que la referida por los países que lo han legalizado, hay 16 veces mas muertes maternas por infección (excluyendo las del aborto), 8 veces más muertes por hemorragia, 3 veces más muertes por hipertensión y tromboembolismo, 2,5 veces más muertes por anestesia".⁸

✍ fuerte *heterogeneidad* social y regional: además de que la mujeres que mueren en el proceso de embarazo, parto o puerperio corresponden a los sectores más pobres de la sociedad, al considerar las distintas regiones del país se verifica una gran diferencia entre regiones pobres y ricas, con variaciones en las tasas de MM que van desde 9 y 10 por 100.000 nacidos vivos en la Ciudad de Buenos Aires y Neuquén respectivamente a 197, 156 o 139 x 100.000 nacidos vivos en las provincias más pobres como Jujuy, Chaco o Formosa.

⁶ La OMS considera a los países con tasas superiores al 50 por 100.000 nacidos vivos como de "alta mortalidad materna"

⁷ A.J. Vinacur y otros "Mortalidad Materna en Areas Seleccionadas. Año 1985. Programa de Estadísticas de Salud Serie 8 N 13. Ministerio de Salud y Acción Social

Azar A y otros: "Investigación sobre Mortalidad Materna en el área de Gran Córdoba. . Programa de Estadísticas de Salud Serie 8 N 13. Ministerio de Salud y Acción Social

Amenábar S y otros: "Investigación sobre Mortalidad Materna en el área de Tucumán . Programa de Estadísticas de Salud Serie 8 N 13. Ministerio de Salud y Acción Social.

Smoisz S y otros: Factores de riesgo en la mortalidad femenina de 10-49 años. Partido de La Matanza, provincia de Bs As, 1990. World Health Statistics Quarterly. Vol 48, N 1, OMS Ginebra 1995

⁸ Vinacur J y Cumán G Tasas de mortalidad materna en áreas seleccionadas" Programa de Estadísticas de Salud Serie 8 N 13. Ministerio de Salud y Acción Social.

✍ la principal *causa de MM* la constituye el aborto: desde hace más de dos décadas se ubica como primera o segunda causa de muerte materna, representando durante estos períodos alrededor del 30 % de las mismas. Cabe señalar que en los últimos 20 años esta tasa no ha sufrido importantes variaciones lo que permite suponer que ha habido pocos avances en instrumentar acciones preventivas para disminuir su frecuencia y revertir la evitabilidad de dichas muertes. Ello recae fundamentalmente en la calidad de atención de los servicios públicos que atienden los episodios reproductivos de las mujeres durante su ciclo fértil.

En relación a la morbilidad por aborto las estadísticas de salud del país que sólo contienen información del sector público, establecen que en el año 2001 los egresos por complicaciones de aborto en hospitales públicos de todo el país fueron 78.894. Respecto a los registros anteriores correspondientes a 1995, el aumento de internaciones por complicaciones debidas al aborto creció en un 46%. Este aumento está referido al promedio nacional, pero el mismo es aún mayor en otras provincias del país, en especial las más pobres, en las que como se observa en el cuadro 2 duplican y triplican el promedio nacional.⁹.

Cuadro 1. Egresos hospitalarios por complicaciones post-abortivas
República Argentina, 1990, 1995 y 2001

Edad/ Años	Total	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	Sin esp.
1990	53871	323	6826	12755	12374	10210	7281	2828	410	49	815
1995	53978	347	7002	13845	12368	9672	6361	3298	485	91	503
2000	78894	555	11015	21340	18095	13169	9058	4240	563	86	720

Fuente: Programa Nacional de Estadísticas de Salud Ministerio de Salud de la Nación. 2000.

⁹ Estadísticas Vitales –Información Básica Año 2001. Diciembre 2002. Ministerio de Salud . .

Cuadro 2. Egresos Hospitalarios por aborto según jurisdicción. Argentina. Año 2000

Jurisdicciones	Año 1995	Año 2000	Aumento en %
Total país	53.978	78.894	46%
Capital Federal	4892	6446	32%
Buenos Aires	17.954	30.604	70%
Catamarca	711	765	8%
Córdoba	2701	3773	40%
Corrientes	1589	2111	33%
Chaco	1528	2212	45%
Chubut	714	790	11%
Entre Ríos	1261	1591	26%
Formosa	1286	1750	36%
Jujuy	2114	2558	21%
La Pampa	478	480	0%
La Rioja	564	1373	143%
Mendoza	3330	3438	3%
Misiones	1485	2399	62%
Neuquén	1149	1141	-1%
Río Negro	839	964	15%
Salta	3605	4997	39%
San Juan	1257	1720	37%
San Luis	379	941	148%
Santa Cruz	338	571	69%
Santa Fe	2321	3265	41%
Santiago del Estero	1074	2184	103%
Tucumán	2118	2821	33%
Tierra del Fuego	291	S/d	S/d

Fuente: Programa Nacional de Estadísticas de Salud Ministerio de Salud de la Nación. 2000.

Cuadro 3. Egresos hospitalarios por causas ginecológicas y obstétricas según edad y grupo de causas. República Argentina. Año 2000

GRUPOS DE DIAGNÓSTICOS	TOTAL	10 /14	15 /19	20/ 24	25/ 29	30 /34	35/ 39	40 /44	45/ 49	50 y más	SIN ESP
Aborto	78894	555	11015	21340	18095	13169	9058	4240	563	139	720
Parto	351597	2996	71926	113308	78629	47266	25868	7818	630	135	3021
Comp. Relacionadas con el embarazo	45586	594	9252	12378	9205	6751	4840	1975	239	53	299
Comp. Del trabajo de parto y del parto	103960	1068	22060	31924	22030	14328	8571	2959	284	112	624
Comp.relacionadas con el puerperio	3857	78	1015	1171	715	445	269	100	23	18	23
Otras afecciones obstétricas	16	0	1	8	0	4	2	0	0	0	1

Fuente: Egresos hospitalarios. Programa Nacional de Estadísticas de Salud. Ministerio de Salud de la Nación. 2000.

La edad de las pacientes internadas por complicaciones abortivas establece que el 15 % de las mujeres internadas por esta causa tienen menos de 20 años, mientras que 50% se ubica entre los 20 y 29 años.

El importante incremento de abortos hospitalizados que se observa en los últimos 5 años debe constituirse en una señal de alarma que alerte a los servicios de salud y los decisores de políticas públicas a modificar la legislación para evitar los graves riesgos para la salud que conlleva la práctica del aborto. El origen reciente de estas estadísticas ha promovido un debate en los medios académicos y de investigación, pero aún no se refleja en estudios cuantitativos y cualitativos que den cuenta fehaciente de este fenómeno. Según testimonios de prestadores de hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires y otras regiones del país existe coincidencia en señalar que este incremento se debe, entre otras causas, a la mayor utilización del aborto medicamentoso, con misoprostol, que al provocar hemorragias sin registros físicos de maniobras abortivas, probablemente hace que las mujeres recurran en mayor medida y más rápidamente a los servicios.

Es importante destacar que el método de aspiración manual endouterina AMEU, utilizado en muchos de los países de la región, aún en los que existen leyes restrictivas para la práctica del aborto terapéutico, no ha ingresado en nuestro medio como un recurso para el tratamiento de los abortos incompletos por motivos supuestamente ideológicos y políticos.

Por otra parte las complicaciones postabortivas tienen serias implicancias sobre la salud pública debido a la alta ocupación de camas obstétricas por esta causa. Si bien, como señala Barbato, es muy difícil establecer el costo del aborto en el presupuesto hospitala-

rio, se estima que el costo de un aborto complicado es 9 veces el de un parto normal y 4,5 veces el de una cesárea (Walter Barbato)¹⁰

La ilegalidad del aborto da lugar a prácticas diferenciadas según la condición socioeconómica y la posibilidad de acceso a la información. Mientras que las mujeres de los sectores mejor ubicados social y económicamente acuden en forma privada a profesionales idóneos, las pertenecientes a las franjas más pobres están expuestas a tener acceso sólo a procedimientos caseros o realizados en precarias y por lo tanto riesgosos para su salud y su vida. Según aumentan los recursos económicos los métodos más comunes son el legrado instrumental y la aspiración mecánica con anestesia.

La concepción médico obstétrica aparece como paradigma de la fragmentación de la mujer en compartimentos estancos correspondientes a las especializaciones médicas. Según el modelo médico hegemónico, en un servicio de obstetricia, la mujer es definida por su capacidad reproductiva y valorizada como tal, desvinculada de sus restantes capacidades y de su historia. Las mismas mujeres internalizan este mandato, por lo cual, cuando por distintas circunstancias deciden interrumpir un embarazo, consideran que si no están dispuestas a la maternidad, deberían pagar algún precio por gozar de su sexualidad.

En los casos de internación por complicaciones de aborto inducido, como señalan S. Ramos y A. Viladrich¹¹, los servicios hospitalarios suelen no encarar preventivamente y con eficacia la indicación y asistencia en anticoncepción, puesto que se presume una supuesta disponibilidad permanente de las mujeres en edad fértil a la gestación y se minimizan los efectos de las complicaciones creadas para efectivizar la consulta por la restricción de los horarios, los recursos y el personal disponible.

Las instituciones y servicios que atienden a las mujeres deberían promover la formación de profesionales y auxiliares que las asisten en una comprensión más cabal de las representaciones de la mujer acerca de la sexualidad y de la reproducción de la maternidad y la crianza, de la concepción de salud-enfermedad, de la diferencia sexual y las relaciones entre los géneros, que en definitiva gobiernan las actitudes y las expectativas con las que -tanto el equipo médico, como las pacientes- encaran las tareas vinculadas con la procreación.

3. El marco legal de la salud reproductiva en el país

En la Argentina los derechos sexuales y reproductivos han constituido un tema complejo en el país frente al cual las políticas públicas y sanitarias, con distintas variantes, han mantenido permanentemente una actitud refractaria. Desde el retorno de la democracia hubo distintas iniciativas para impulsar leyes y o programas de salud reproductiva en las distintas provincias así como una Ley Nacional. A pesar de existir fuertes presiones para que la Ley Nacional no se sancionara, distintas provincias dictaron leyes y normativas que posibilitaban atender la salud reproductiva de las mujeres de sus jurisdicciones. Las mismas se dictaron a lo largo del período que transcurre desde la recuperación democrática; en la actualidad 16 provincias cuentan con leyes provinciales

¹⁰ Walter Barbato: Cuaderno Médicos Sociales N.42. CESS Rosario, Año 1987.

¹¹ Ramos S., Viladrich A., Aborto hospitalizado. Entrada y salida de emergencia. CEDES, Buenos Aires, 1993

En el gobierno de la Ciudad de Buenos Aires se sancionó en primer lugar, en 1999, la Ley Básica de Salud que reconoce los derechos reproductivos y sexuales, como derechos humanos básicos, libres de coerción y violencia, orientados a decidir responsablemente sobre la procreación, el número de hijos y el intervalo entre sus nacimientos. En junio de 2000, luego de un arduo y conflictivo tratamiento la Legislatura de la Ciudad de Buenos Aires, aprobó, la Ley de Salud Reproductiva y Procreación Responsable, en el marco de un acalorado debate sobre puntos que generaron una férrea oposición de los sectores más conservadores y fundamentalistas alineados con la iglesia católica. Los 3 puntos que estos sectores objetaron fueron: 1) la mención de los anticonceptivos, especialmente el DIU al que califican como abortivo, 2) el acceso de los adolescentes sin autorización de los padres a los servicios y la información y 3) la inclusión de la objeción de conciencia de los profesionales que trabajan en hospitales públicos que otorga la posibilidad de negarse a cumplir la obligación de brindar la información y las prestaciones de métodos anticonceptivos.

Finalmente, el hito reciente que implica un giro importante en el tema de la legislación lo constituye la sanción de la Ley 25. 673 del año 2002 por la cual se crea el Programa Nacional de Salud Reproductiva y Procreación Responsable. La ley obliga al estado a dar información, orientación sobre métodos e insumos anticonceptivos, así como su entrega universal y gratuita, monitoreando su aplicación. También se compromete a capacitar a los prestadores a fin de que puedan brindar una atención oportuna y de calidad.

4. Aspectos de la investigación

La investigación sobre la atención de los abortos hospitalizados, es de carácter descriptivo y exploratorio, con utilización de técnicas metodológicas cuantitativas y cualitativas.

4.1. Propósitos

✍ Aportar información sobre las características y modalidades de atención hospitalaria de las mujeres que se atienden en efectores públicos de la Ciudad de Buenos Aires por complicaciones postabortivas

✍ Contribuir a la construcción de conocimiento científico y herramientas sobre el tema, teñido generalmente por creencias religiosas, valoraciones morales y prejuicios sociales, que impiden operar con eficacia para lograr la disminución de la incidencia de los abortos con complicaciones y los efectos nocivos que conllevan las complicaciones de los abortos clandestinos e inseguros sobre la salud física y psíquica de las mujeres.

✍ Promover la implementación de las recomendaciones de las Plataformas de Acción de las Conferencias Internacionales de El Cairo y Beijing, que proclaman el derecho de las mujeres a ser atendidas humanitariamente y tener acceso a servicios de calidad para tratar las complicaciones derivadas de abortos, visibilizando los obstáculos que impiden el acceso igualitario a la atención de su salud.

✍ Aportar insumos para la sensibilización y la capacitación de los equipos de salud que intervienen en todo el itinerario de las pacientes para garantizar el respeto a su dignidad y la disminución de la morbilidad por esta causa.

✍ Generar los instrumentos idóneos para mejorar el acceso y la calidad de la atención en los efectores públicos, disminuyendo las prácticas discriminatorias e inequitativas en la atención de la salud sexual y reproductiva de las mujeres.

✍ Proporcionar conocimiento y herramientas útiles para las acciones que desarrollan distintos actores de la sociedad civil en relación a la promoción y defensa de los derechos legales y constitucionales de las mujeres de este distrito, contribuyendo al fortalecimiento de la argumentación utilizada para un abordaje riguroso de las prácticas de *advocacy*, del movimiento de mujeres y de sectores de la salud pública que promueven la equidad en el acceso a la salud.

✍ Desarrollar recomendaciones para mejorar la calidad de los registros hospitalarios como un insumo indispensable para establecer el perfil de las mujeres que deben ser hospitalizadas por esta causa, focalizando las acciones hacia la población femenina en edad reproductiva y que tiene condiciones de mayor vulnerabilidad

4.2 Hipótesis

La hipótesis que guía la investigación postula que la persistencia de pautas patriarcales y discriminatorias en la atención de la salud reproductiva de las mujeres, la aún escasa accesibilidad y alcance de los Programas de Procreación Responsable y la ilegalidad del aborto, que obliga a las mujeres a recurrir a procedimientos inadecuados y personas no idóneas, dan lugar a indicadores elevados de morbilidad materna, (por gestación) así como a una deficiente calidad de la atención cuando estas mujeres llegan a los hospitales por complicaciones postabortivas.

Se espera que sus resultados aporten información que permitan, por un lado, diseñar programas que aseguren una adecuada atención y contención de la mujer en el difícil momento de un aborto inseguro y por el otro aportar, a través de la devolución de resultados a los distintos actores involucrados, al diseño de políticas de salud reproductiva que contribuyan a la disminución de la morbi-mortalidad de mujeres debida a estos episodios.

Asimismo se pretende elaborar propuestas para una reglamentación de la asistencia de estos casos en los efectores públicos, que simplifiquen y optimicen su atención, dando a los profesionales de las distintas disciplinas, un instrumento para apoyar su intervención, incorporando la dimensión preventiva y la perspectiva de género.

4.3 Objetivos de la investigación

Objetivo general:

Conocer las características de la atención de las complicaciones postabortivas en efectores públicos, a través de las prácticas de los servicios y desde la perspectiva de las usuarias

rias, a fin de realizar aportes destinados a la prevención de la morbilidad materna por esta causa.

Objetivos específicos:

- ✍ Establecer el perfil sociodemográfico de las pacientes que egresan de los hospitales públicos por complicaciones post-abortivas
- ✍ Analizar las modalidades de atención obstétrica atendiendo a la calidad en los aspectos técnicos, humanitarios y financieros en los efectores seleccionados.
- ✍ Identificar estereotipos de género que obstaculizan la asistencia integral y preventiva de la salud sexual y reproductiva
- ✍ Analizar el impacto del proceso de atención del episodio de aborto, en la subjetividad de las mujeres y las consecuencias sobre su salud.

4.4 Aspectos metodológicos

El *universo de estudio* está constituido por los 12 hospitales de agudos y uno especializado de la Ciudad de Buenos Aires, que cuentan con salas de internación para mujeres con complicaciones postabortivas.

Las *unidades de análisis* son tres: a) los registros hospitalarios de egresos por esta causa; b) el equipo de salud (personal médico y no médico) que atiende estos episodios y c) las mujeres que debieron ser hospitalizadas por complicaciones post-abortivas en los hospitales mencionados.

La metodología contempla dos componentes: i) cuantitativo y ii) cualitativo

Componente cuantitativo

El componente cuantitativo comprende: i) el análisis de datos secundarios provenientes de Estadísticas Vitales de Salud a nivel nacional y local (área metropolitana del Gobierno de la Ciudad de Buenos. ii) relevamiento de la información sociodemográfica y epidemiológica de los registros de egresos hospitalarios en el curso de 1 mes en una ficha ad-hoc. En los hospitales se recaba información del mes de marzo del 2000 de las historias clínicas de egresos hospitalarios por la causa "embarazo terminado en aborto". En las mismas se busca establecer el perfil sociodemográfico y epidemiológico de las pacientes internadas por esta causa.

Componente cualitativo

El componente cualitativo comprende:

- ? Observación del proceso institucional
- ? Diseño y aplicación de un instrumento cualitativo para la realización de entrevistas semiestructuradas a profesionales de salud y a todos aquellos/as involucrados/as en la atención de estos episodios

? Diseño y aplicación de un instrumento cualitativo para la realización de entrevistas en profundidad a una muestra de mujeres que ingresan por esta causa

? Identificación y entrevistas a informantes clave.

? Grupos de prevención a través de grupos de reflexión o consejerías para evitar la repetición del aborto

i) Las entrevistas semiestructuradas se realizará a una muestra de los prestadores de salud involucrados en la atención de los episodios postaborto en los hospitales seleccionados: incluirán un conjunto de dimensiones relativas al perfil sociodemográfico y profesional de los/las prestadores/as; las características de la atención brindada por los mismos y aspectos concernientes a sus percepciones y actitudes en relación a esta problemática a fin de indagar sobre aspectos relativos a la discriminación de género.

ii) Entrevistas en profundidad a mujeres internadas por la causa de aborto incompleto, a partir del consentimiento informado de las participantes en el estudio. Se estima entrevistar un conjunto acotado de mujeres en los tres hospitales seleccionados controlando las siguientes variables: edad, paridad y situación educativa.

Las entrevistas a las mujeres incluirán un conjunto de dimensiones relativas a características sociodemográficas y epidemiológicas de las mismas en un cuestionario semiestructurado y en una guía para entrevista en profundidad se indagará sobre aspectos relativos a sus percepciones acerca del aborto, de la calidad de la atención brindada por los prestadores/as, y aspectos subjetivos referidos al impacto del procedimiento sobre su salud física y psíquica.

iii) Grupos de reflexión con una duración de 8 semanas destinados a las mujeres internadas y/o egresadas por esta causa. Los mismos estarán orientados a la escucha de los discursos de las mujeres sobre la experiencia del aborto para permitirles su historización y elaboración para la detección de conflictos que subjetivamente obstaculizan las conductas sexuales y anticonceptivas apropiadas para sus fines personales, así como la incorporación de la información proporcionada por distintos medios.

Sobre la base de la información obtenida y analizada en la etapa cuantitativa se seleccionará una muestra de hospitales para la realización del estudio cualitativo.

Para las participantes en los grupos de reflexión para la prevención de repitencia del aborto constituidos por mujeres internadas o no, que concurren espontáneamente a las reuniones se les aplicará un instrumento de seguimiento a los 6 meses de finalizada su participación en los grupos.

En el caso del *estudio cualitativo* relativo a las entrevistas en profundidad aplicadas a la muestra de mujeres seleccionadas y a los distintos prestadores de los hospitales seleccionados, en primer lugar se establecerán las dimensiones, variables e indicadores significativos para el estudio cualitativo, y sobre las mismas se volcará la información para realizar el análisis de contenido y de discurso de los distintos actores mencionados.

Este componente está en su fase de finalización y se espera obtener resultados finales a fin del presente año.

5. Avances del componente cuantitativo

5.1. Sobre el relevamiento de las historias clínicas

Se relevaron y analizaron las fichas de egreso en 8 hospitales sobre 13 (el 60 %) con un total de 185 casos. En este análisis preliminar hemos verificado que la información de las historias clínicas en un importante número de historias figura en la categoría “sin datos”. Cabe señalar que la ficha ad-hoc elaborada por este equipo se basó en la información que proporciona la historia clínica. De esta manera la historia clínica y sus fallencias en la información, ya sea por mal diseño del registro o omisión del dato entre quienes solicitan la información, surgió como una interesante unidad de análisis del estudio, puesto que orienta a la necesidad de diseñar un instrumento más preciso y exhaustivo y capacitar adecuadamente a los que completan esta información a fin de poder establecer con mayor precisión el perfil de estas pacientes para contribuir al diseño de políticas de salud que contemplen esta problemática. además indica la falta de un enfoque integral y preventivo de la asistencia de las pacientes en oportunidad de esta intervención.

Para la presentación de los avances de la investigación en estas Jornadas hemos seleccionado un restringido conjunto de datos, ya sea como distribución de variables y algunos cruces que consideramos relevantes a fin de acercar algunos hallazgos preliminares que serán profundizados posteriormente en el abordaje cualitativo

✍ El análisis preliminar de los datos correspondientes a los ocho hospitales mencionados indica que las variables sociodemográficas (nivel educativo, trabajo y tipo de ocupación) que figuran en las historias clínicas, necesarias para establecer cruces relevantes, no se registran en altos porcentajes, (con variaciones según el hospital). En la muestra de historias clínicas el 70 % de la información sobre nivel educativo y el 89% sobre la variable trabajo figuran sin información.

✍ La información sociodemográfica sobre nacionalidad de las pacientes indica que el 62 % son argentinas, mientras que el 38 % restante se distribuye principalmente entre peruanas (16%) paraguayas (11%) y bolivianas (6%).

✍ Respecto a la residencia el 70 % residen en la Capital federal; 20 % en el conurbano bonaerense y el restante 10 % en la pcia de Buenos Aires.

✍ La edad de estas mujeres presenta la siguiente distribución: el 57 % de pertenecen a la franja etárea 20-29 años; el 18,4% a la franja 30 a 34 años y el 10 % de la muestra son adolescentes (15-19 años), también aproximadamente 10 % pertenecen al grupo 35-39 años, luego de los 40 años disminuye el número de mujeres internadas por esta causa.

✍ Considerando la edad y el número de abortos; entre las adolescentes la casi totalidad está internada a raíz de este primer aborto, sólo 2 casos sobre 18 cursa un segundo aborto; en el grupo de mujeres de 20 a 29 años 61% tuvieron este aborto, mientras que para las que tuvieron 2 abortos el 55% se sitúa en esta franja etárea. De las mujeres con 3 abortos el mayor porcentaje se ubica entre los 25 y 34 años (53%):sólo 1 caso que cursa un cuarto aborto tiene entre 25 y 29 años.

✍ Al analizar el número de gestas y el número de abortos se verifica que para los 41 casos de las mujeres de esta muestra (100%) esta es su primera gesta y primer aborto; de las que tuvieron 2 gestas el 76 % tienen este aborto y el 24 % con dos gestas tuvo este aborto. Para las mujeres que tuvieron 3 gestas el 60 % tiene este como primer aborto, mientras que para el 34 % es su segundo aborto y en 2 casos se registra la coincidencia de tres gestas y 3 abortos. En el caso de las multigestas (4 y más gestas) que comprenden 50 casos de la muestra, 20 de ellas (el 40%) tuvieron este primer aborto, mientras que para 16 de las mujeres es su segundo aborto y para 13 de ellas este es el tercer aborto, para una de estas mujeres multigestas con 6 gestas este es su 4 aborto. La asociación gestas-abortos que surge de estos datos será enriquecida y contrastada con los resultados del abordaje cualitativo. Cabe señalar que la información provista por esta fuente no especifica si los abortos son espontáneos o provocados.

✍ Respecto al estado civil de las mujeres hospitalizadas son solteras (60%) y de ellas cerca del 70 % ha tenido este aborto como el primero; mientras que para el 22 % de las solteras es su segundo aborto. Las casadas o en pareja estable comprenden el 32% de la muestra; entre ellas para el 62 % es su primer aborto y para el 23% el segundo, mientras que para el 13 % restante es su tercer aborto.

✍ Con respecto a la utilización de métodos anticonceptivos (MAC), en la información que figura en las historias clínicas el subregistro es muy un elevado (34% figura sin información). Esta información, que tiene el sesgo de los registros hospitalarios que indagan superficialmente estas variables no especifica si es uso habitual de MAC, o si fue al momento de quedar embarazada. Estas historias sólo registran información para 123 casos. De esta escasa información que figura se constata que el 58% no utiliza MAC, y para las que utilizan la mayoría usó condón o pastilla (15% y 13% respectivamente), en tercer lugar en tercer lugar figuran los DIU con un escaso 4%.

✍ Si bien la historia clínica no registra si el uso del MAC es al momento del embarazo o si es uso habitual la información que figura indica que para las que tuvieron éste como primer aborto 47 de los 83 casos para los que figura información (57%) no usó ningún método y de las que usaron la mayoría usaba píldoras (13 casos) y condón en segundo lugar (11 casos); De las que tuvieron 2 abortos esta relación se invierte: en primer lugar figura el condón y luego la píldora, y la gran mayoría ningún método (15 casos).

✍ Aunque en estos registros prevalece el no uso de MAC, las pocas que recurren a los mismos según la edad, ubica a las adolescentes y jóvenes hasta 24 años como usuarias principalmente de preservativos, y luego de los 25 años el primer lugar lo ocupa la píldora. Entre los 30 y 39 años la gran mayoría de las mujeres no usa o usó ningún método anticonceptivo.

5.2 Sobre fuentes estadísticas secundarias

La información proporcionada por las estadísticas de salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires fue analizada a partir de datos muy agregados por el registro numérico

de partos y abortos en los hospitales públicos de agudos del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires y de los SUS (Sistemas Urbanos de Salud)

Se tomaron las últimas estadísticas para 1998 y 2000 y en ambos casos el sistema de estadísticas procesó datos sobre una muestra de egresos hospitalarios de 3 meses. A continuación se presentan los siguientes datos sobre egresos por abortos

Egresos hospitalarios por parto normal y abortos- 1998¹² Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. Año 1998

Total egresos	892	100%
Por estas causas		
Partos	789	88.4%
Abortos	103	11.5%

Otros Hospitales de Agudos: Año 1998

Total egresos por estas causas	4.856	100%
Partos	3.747	77.2 %
Abortos	1.109	22.8%

Hospitales de Agudos. Muestra de tres meses. Año 2000

Total egresos por estas causas	6.313	100%
Parto	3.329	52.7%
Aborto	1.306	20.7%
Complicaciones embarazo/parto puerperio	1.678	26.6%

6. Reflexiones finales

A partir de la revisión de la literatura existente sobre la problemática del aborto hospitalizado y del relevamiento de los primeros datos recopilados en fuentes hospitalarias y en estadísticas sanitarias disponibles podemos delinear algunos señalamientos que nos son de gran utilidad para la construcción de los instrumentos utilizados en el abordaje cualitativo de la investigación.

.

¹² En este año el caso del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, está registrado separadamente:

✍ Si bien las conferencias internacionales mencionadas que alertan tanto a las organizaciones gubernamentales como no gubernamentales para atender las consecuencias que tiene el aborto sobre la salud de las mujeres, se destaca la importancia de estudios micro con técnicas cuantitativas y/o cualitativas que permiten dimensionar en otra escala el fenómeno. Como se señala en un documento de International Womens Healt Colition “la información procedente de estudios a pequeña escala (e.g en hospitales) puede aclarar, entre otros aspectos, la magnitud y el impacto local de las complicaciones del aborto inseguro y las actitudes hacia el aborto que tienen las/los profesionales de la salud y el público en general”. Este documento destaca la importancia de este tipo de investigaciones para incidir tanto sobre los profesionales de la salud como sobre los formuladores de políticas públicas, permitiendo a la vez sobre información precisa el impacto que tendría sobre la salud la liberalización de leyes restrictivas al aborto.¹³

✍ El aborto y sus secuelas, cuando el mismo presenta complicaciones que motivan a la internación, es un grave problema de salud pública así como un problema social de primera magnitud.

✍ El aborto es la elocuente expresión de un complejo nudo de relaciones sociales y culturales en el que intervienen problemas sobre educación sexual y reproductiva, acceso a los servicios de salud, inequidad de género y el modelo hegemónico de salud que privilegia la maternidad aunque ella no sea el producto de una decisión libre e informada.

✍ La atención del aborto con complicaciones debe ser considerado un problema prioritario en el sistema de salud atendiendo fundamentalmente a la calidad de la atención prestada con el mayor nivel alcanzado por la ciencia y sin la culpabilización, estigmatización y amenazas punitivas hacia las mujeres..

✍ Los hospitales deben brindar a las mujeres egresadas por esta causa, atención postaborto que evite la repetición, a través de una adecuada información sobre anticoncepción garantizando la provisión de insumos y, por otra parte ofrecer contención profesional y humana en la difícil situación por la que atraviesan

✍ A partir de las dificultades encontradas en las fichas clínicas de los hospitales se deben establecer normativas destinadas a garantizar la calidad de los registros, elaborando tanto las variables, indicadores y categorías desagregadas para recoger esta información, como capacitar adecuadamente a los prestadores que registran dicha información a fin de poder diseñar políticas públicas que atiendan esta problemática, lo cual va a revertir en sustantivos descensos de la morbilidad materna.

Finalmente, apelamos a que se efectivicen las recomendaciones establecidas por varias de las Conferencias internacionales que se ocupan del tema.

¹³ Adrienne Germain y Theres Kim: Incrementando el acceso al aborto seguro: estrategias para la acción. International Womens Healt Coalition, 1999

La inequidad de clase y de género, la injusticia que se refleja en el sistema de salud de alto contenido patriarcal y medicalizante se expresa con mucha claridad en el señalamiento realizado por una religiosa brasileña , Ivone Gebara reproducido en un documento de la Campaña del 28 de septiembre, como día de la despenalización de aborto en A. Latina y el Caribe

" Una sociedad que no tiene condiciones objetivas para dar empleo, salud, vivienda y escuela, es una sociedad abortiva. Una sociedad que obliga a las mujeres a escoger entre permanecer en el trabajo o interrumpir un embarazo, es una sociedad abortiva, una sociedad que continúa permitiendo que se hagan pruebas de embarazo antes de admitir a una mujer en un empleo, es abortiva. Una sociedad que silencia la responsabilidad de los varones y sólo culpabiliza a las mujeres, que no respeta sus cuerpos y su historia, es una sociedad excluyente, sexista y abortiva"

Bibliografía

Adrienne Germain y Theres Kim: Incrementando el acceso al aborto seguro: estrategias para la acción. International Womens Healt Coalition, 1999

Checa S. y Rosemberg M: Aborto Hospitalizado, una cuestión de derechos reproductivos, un problema de salud pública, El cielo por asalto, Buenos Aires, 1996.

Cardich Rosario c/Carrasco F.: *Desde las mujeres, Visiones del aborto. Nexos entre sexualidad, anticoncepción y aborto*. Ed. Movimiento Manuela Ramos & Population Council. Lima, 1993

J. Llovet, S. Ramos, *La práctica del aborto en las mujeres de sectores populares de Buenos Aires*, CEDES, Buenos Aires, Argentina.1988.

S. Ramos. A. Viladrich,; *Abortos Hospitalizados. Entrada y salida de emergencia*. CEDES, Buenos Aires, 1993.

E. López: *Anticoncepción y aborto. Su papel y sentido en la vida reproductiva*. Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Oficina de Publicaciones del CBC, UBA

González Montes: *Crimen y castigo. El aborto en la Argentina*, Estudios feministas, CIEC/ECO/JFRJ. 1994.

W.Barbato, "Aborto Inducido : epidemiología y profilaxis". Cuadernos Médico Sociales N°42.

Ramos S.y otros: "El aborto en la Argentina: Problema de Salud Pública y equidad social", en Ginecología y Reproducción. Fundación E. Nicholson, Vol. 6 N° 3, Septiembre 1998.

A.J. Vinacur y otros "Mortalidad Materna en Areas Seleccionadas.Año 1985. Programa de Estadísticas de Salud Serie 8 N 13. Ministerio de Salud y Acción Social.

Azar A y otros: "Investigación sobre Mortalidad Materna en el área de Gran Córdoba. . Programa de Estadísticas de Salud Serie 8 N 13. Ministerio de Salud y Acción Social

Amenábar S y otros: "Investigación sobre Mortalidad Materna en el área de Tucumán . Programa de Estadísticas de Salud Serie 8 N 13. Ministerio de Salud y Acción Social.

Smoisz S y otros: Factores de riesgo en la mortalidad femenina de 10-49 años. Partido de La Matanza, provincia de Bs As, 1990. World Healt Statistics Quarterly. Vol 48, N 1, OMS Ginebra 1995

Vinacur J y Cumán G Tasas de mortalidad materna en áreas seleccionadas" Programa de Estadísticas de Salud Serie 8 N 13. Ministerio de Salud y Acción Social.